

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-507963

130060

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7395 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DARI KARIM

Date de naissance : 02.05.1966

Adresse : 126, Lot YOUSRA apt 3 Casablanca

Tél. : 0661315304 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25 JUL 2022

Nom et prénom du malade : DARI KARIM Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : affc psychologique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 25/07/22

Signature de l'adhérent(e) :



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
5 JUL 2022			500,15	INP : 93128489

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/07/2022	147,20

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

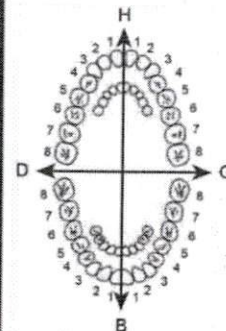
## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

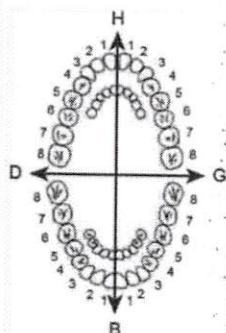
### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## SOINS DENTAIRES



## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur Amal KABLY Ep. DRISSI

Gynécologue Obstétricienne

الدكتورة أمال القبلي الإدريسي

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

Suivi de grossesse - Accouchement  
Stérilité du Couple - Maladies des seins  
Chirurgie gynécologique - Echographie  
Ménopause

مراقبة الحمل . التوليد  
عقم الزوجين . أمراض الثدي  
جراحة أمراض النساء . الفحص بالصدى  
سن اليأس

Casablanca le .....

الدار البيضاء في .....

25 JUL 2022

M<sup>re</sup> DARKI Karim.

PHARMACIE LA VALLEE  
Dr. Mohammed Amine ASRI  
1. ot. Opération Lila Safa ET 59c Lissasfa  
CASABLANCA - 2005 22 89 77 72  
ICE: 002092043060037

29,30  
5/- Carbosorb 9 (ml)  
1 q - 2 1/2 pot 10g

30,00  
20/- Oeds 20 mg gél.  
1 q 1/2 - 10 mg h pot

37,70  
3/- Lachulax 8mg (ml)  
1 pot - 3 1/2 pot 10g

147,20

LOT 210580  
EXP 12/2023  
PPV 30.000H

193, شارع أم الربيع، إقامة أم الربيع، الطابق الأول (بجانب مختبر أريبو) - الدار البيضاء

193, Boulevard Oum Rabiaa, Résidence Oum Rabiaa, 1er étage (à côté du laboratoire ORBIO) - Casablanca

Tél.: 05 22 89 77 72 - 07 62 75 05 75 : الهاتف . E-mail : amalkably@hotmail.com: البريد الإلكتروني

PATENTE : 36062006 - IF : 20739479 - ICE : 001887162000047



# لاكتولاكس®

## Posologie :

En général, par jour :

- Nourrissons : 1 cuillerée à café.
- Enfants de 1 à 6 ans : 1 à 2 cuillerées à café
- Enfants de 7 à 14 ans : 1 à 3 cuillerées à café
- Adultes : 1 à 3 cuillerées à soupe

## المقادير:

بشكل عام، ويومياً :

\* الرضاع : 1 ملعقة (حجم ملعقة القهوة).

\* الأطفال من 1 إلى 6 سنوات : 1 إلى 2 ملعقتين (حجم ملعقة القهوة).

\* الأطفال من 7 إلى 14 سنة : 1 إلى 3 ملاعق (حجم ملعقة القهوة)

\* الكبار : 1 إلى 3 ملاعق (حجم ملعقة الشربة)

حرك قبل كل استعمال

Agiter avant chaque usage

**LACTULAX®**

Lactulose  
Flacon 200 ml



P.P.V. : 37,70 DH



6 118000 190554

Dr Maria MAFTOUH - Pharmacien Responsable



# CARBOSORB®

Charbon végétal activé, chondrus et huiles essentielles de fenouil

1H  
à élimer  
des reins

Favorise l'élimination  
des gaz intestinaux

Lot:

210916

À consommer de  
préférence avant le:

12/2026

PPC: 79,50 DH

**30** comprimés  
Voie orale

**MEDIPRO**  
PHARMA